

## نوروبروسلوزیس و گزارش ۱۶ مورد از مرکز آموزشی درمانی بوعلی - قزوین

نویسندگان: دکتر رضا قاسمی برقی\*، دکتر مینا آصف زاده\*\*، دکتر بهزاد بیژنی\*\*\*، دکتر عباس علامی\*

دکتر علی پهلوان\*\*\*\*، دکتر شعیب نعیمیان\*\*\*\*

**مقدمه:** تظاهرات نورولوژیک در ۵-۳٪ بیماران مبتلا به بروسلوز اتفاق می افتد. بروسلوز از طریق تهاجم مستقیم خود باکتری، ترشح اندوتوکسین های در گردش، مکانیسم های التهابی، واکنش های ایمنولوژیک باعث پیدایش علایم نورولوژیک می گردد. علایم اصلی که نشانه درگیری سیستم عصبی می تواند باشد شامل سردرد (همراه یا بدون علایم تحریک مننژ)، میلیت و علایم دیسفونکسیون پارانشیماتوز مغز، علایم انسفالیت و علایم سایکولوژیک است. مخچه، نخاع و ماده سفید مغز بیشترین محل هایی هستند که دیسفونکسیون پارانشیماتوز در آن رخ می دهد. گرفتاری اعصاب کرانیال و نوروپاتی محیطی از دیگر اشکال گرفتاری نورولوژیک در بروسلوز است. علایم نوروپاتی پریفرال شامل درد پشت، آرفلکسی، پاراپارزی همراه با گرفتاری ریشه های پروگزیمال و دمیالینیزاسیون می باشد. عوارض منگوواسکولار بروسلوز بصورت آنوریسم مایکوتیک، استروک های ایسکمیک، خونریزی های ساب آراکنوئید است. علایم نادرتر نوروبروسلوزیس شامل سندروم گیلن باره، دیابت بی مزه، ترومبوز سینوس های مغزی، خونریزی ساب دورال و آبسه های مغزی می باشد. شایعترین تظاهر بالینی نوروبروسلوزیس مننژیت است که اغلب بصورت مزمن می باشد.

**هدف:** بررسی و تعیین تظاهرات نوروبروسلوزیس

**روش کار:** مطالعه بصورت گذشته نگر در حد فاصل سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۵ انجام شده است. از ۲۴۰ بیمار که طی سه سال با تشخیص بروسلوز بستری شده بودند ۱۶ نفر که دارای تظاهرات نورولوژیک بودند وارد مطالعه شدند. اطلاعات بیماران از پرونده های بیمارستانی استخراج گردید تشخیص بروسلوز از طریق انجام تست های سرولوژیک و کشت خون و کشت مغز استخوان احراز می شد و برای اتلاق نوروبروسلوزیس، از انجام تست های سرولوژیک از مایع مغزی نخاعی و آنالیز بیوشیمیایی آن و در مواردی از PCR استفاده شد.

**یافته ها:** شیوع نوروبروسلوزیس در مطالعه ما (۶/۶٪) بود. توزیع جنسی بیماران ۵۸٪ مذکر و ۴۲٪ مونث بود. میانگین سنی بیماران ۴۲ سال بود. تظاهرات نورولوژیک در بیماران ما بصورت مننژیت مزمن (۸) بیمار، منگو انسفالیت (۲) بیمار، مننژیت تحت حاد (۱) بیمار، آبسه پاراورتبرال، آتاکسی مخچه ای، خونریزی ساب آراکنوئید، دپرسیون مزمن و رادیکولونوروپاتی هر کدام یک مورد بودند. تب و سردرد شایعترین یافته های بالینی و مننژیت مزمن شایعترین سندروم بالینی بودند. راکسیون اصلی در مایع مغزی نخاعی پلئوسیتوز بصورت راکسیون لمفوسیت و گلوکز کاهش یافته و پروتئین افزایش یافته بود. رژیم های درمانی مورد استفاده شامل ترکیبی از داکسی سیکلین، ریفامپین و کوتریموکسازول بود. طول مدت درمان حداقل ۳ ماه و حداکثر ۱۲ ماه بود تمام بیماران بهبودی کامل پیدا کردند و هیچ مورد مرگ و میر اتفاق نیفتاد.

**بحث و نتیجه گیری :** تظاهرات نورولوژیک در بروسلوز دارای طیف وسیعی است. مننژیت مزمن شایعترین تظاهر نوروبروسلوزیس است. در مناطق آندمیک برای بروسلوز، در تشخیص افتراقی یافته‌های آبنورمال نورولوژیک بویژه در مننژیت‌های مزمن و تحت حاد احتمال بروسلوز را باید در نظر داشت. طول دوره درمان نوروبروسلوزیس بیشتر از بروسلوز سیستمیک است و درمان کامل بیماری می‌تواند از بروز عوارض جدی جلوگیری نماید.

**کلید واژه :** بروسلوز، نوروبروسلوز، مننژیت

\* متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نویسنده مسئول

\*\* متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\*\* PhD میکروبیولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\*\*\* نورولوژیست، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Email : rqasemibarqi@yahoo.com

خلاصه مقالات



# پست ویکمینی کنگره سالکیه جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

تهران، ۱۲ لغایت ۱۷ اردیبهشت ۱۳۸۹

مرکز سالیتهای زکریای رازی

May 3<sup>rd</sup> - 7<sup>th</sup> 2010

Tehran

رئیس بنگره: دکتر ایرج خسروفا  
دبیر علمی: دکتر سید محمود اسحق حسینی  
دبیر اجرای: دکتر کیوان الجیان

Post graduate  
**Abstracts**

**21<sup>th</sup>**  
Annual Congress of  
**Iranian Society of  
Internal Medicine**